

ROMA, 14 Marzo 2018

La gestione del paziente complesso nel territorio: un compendio di buone pratiche



U.O. REGIONE
SARDENA

Pino Frau
Albertina Garau

Lista MMG, carico assistiti e pazienti complessi individuati

Medico	n° totale assistiti	n° assistiti ≥ 60 aa	% ≥ 60 aa sul totale assistiti	n° pz complessi	% pz complessi su assistiti tot	% pz complessi su anziani (>=60)
BR	1.515	338	22,3	10	0,7	3,0
BN	1.530	563	36,8	14	0,9	2,5
CF	1.520	418	27,5	13	0,9	3,1
CL	1.525	518	34,0	14	0,9	2,7
DGP	1.142	330	28,9	30	2,6	9,1
GR	1.510	478	31,7	17	1,1	3,6
LP	1.320	394	29,8	19	1,4	4,8
LC	1.518	367	24,2	15	1,0	4,1
MGP	1.238	401	32,4	9	0,7	2,2
ML	1.148	293	25,5	8	0,7	2,7
ME	1.522	483	31,7	6	0,4	1,2
NU	1.506	445	29,5	9	0,6	2,0
PF	1.562	401	25,7	16	1,0	4,0
PM	1.093	259	23,7	15	1,4	5,8
PMB	1.518	469	30,9	17	1,1	3,6
SD	921	369	40,1	9	1,0	2,4
SPM	1.482	259	17,5	10	0,7	3,9
TP	1.172	396	33,8	12	1,0	3,0
TE	1.528	437	28,6	13	0,9	3,0
BR	1.211	nr	nr	19	1,6	nr
CA	1.533	nr	nr	15	1,0	nr
CG	745	nr	nr	12	1,6	nr
LM	1.200	nr	nr	10	0,8	nr
MMA	674	nr	nr	7	1,0	nr
MM	1.062	nr	nr	7	0,7	nr
Totale	26.270	7618	nr	326	1,2	4,3
ASSL CAGLIARI	26.270	7618		256	1,2	4,3
ASSL LANUSEI	6.425	nr	nr	70	nr	nr

Report Accessi PS da PAI			Report Ricoveri da PAI		
Accessi PS	N° assist.	%	Ricverì	N° assist	%
0	17	11,8	0	102	70,8
1	76	52,8	1	27	18,8
2	35	24,3	2	10	6,9
3	8	5,6	3	2	1,4
4	3	2,1	4	2	1,4
5	1	0,7	5	0	0,0
6	1	0,7	6	0	0,0
7	2	1,4	7	0	0,0
8	0	0,0	8	0	0,0
9	1	0,7	9	1	0,7
Totali	144	100,0	Totali	144	100,0

Report da PAP

Numero principi attivi assunti	N° assist	%	% cum
nr	3	2,1	
16	0	0,0	
15	0	0,0	
14	0	0,0	
13	0	0,0	
12	1	0,7	
11	0	0,0	
10	20	13,9	
9	21	14,6	
8	25	17,4	
7	26	18,1	
6	21	14,6	
5	17	11,8	
4	8	5,6	
3	1	0,7	
2	1	0,7	
Totali	144	100	

MODELLO DI RIFERIMENTO

CARE MANAGEMENT

In setting territoriale

CASE MANAGER

Il suo ruolo è di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza sanitaria, basato sulla logica di **coordinamento delle risorse** da utilizzare per la specifica **patologia**

E' colui che gestisce il "caso"

CARE MANAGER INFERMIERE

* Coniuga le capacità infermieristiche con quelle di **informazione, educazione al self management coaching** del paziente

* Mantiene l' **integrazione** con gli altri servizi sociosanitari, con altri professionisti

* Tiene in considerazione il rapporto **costo qualità** richiesto dal sistema

* Propone al paziente le **soluzioni più favorevoli** per la sua condizione clinico assistenziale

E' colui che gestisce il "processo di cura"

**Il nostro
CARE MANAGEMENT**

Risorsa umana

- * Personale dedicato (3 Infermieri del distretto)
- * Personale con specifiche competenze (ospedaliere e territoriali)
- * Esperto in cure domiciliari
- * Conoscitore della rete dei servizi territoriali ed ospedalieri e della rete socio assistenziale

Il nostro CARE MANAGEMENT

Come ha operato ?

- * Prevalentemente al **domicilio** dei pazienti e delle loro famiglie:
- * Aiutato le persone nel processo di **adattamento e autogestione** delle malattie croniche (self management)
- * **Favorito l'accesso ai servizi** Distrettuali (PUA-UVT), e ai servizi sociali del Comune di appartenenza
- * Contribuito a garantire **la continuità assistenziale**
- * Effettuato **counseling**
- * Eseguito **follow-up telefonico** mensile, talvolta settimanale
- * Provveduto ad informare i pazienti e il care giver sulle istanze di **carattere amministrativo** es. come richiedere la L 104/92
- * Promosso il **corretto utilizzo dei farmaci** e favorito **l'autocura**
- * Rafforzato il **rapporto con il MMG e gli specialisti**



A chi si è stato rivolto il care management ?

Pazienti con :

- * Comorbilità
- * Ricoveri ricorrenti , che vedono molti specialisti e usano molti farmaci
- * Situazioni sociali difficili
- * Bisogni assistenziali complessi, ma complessità organizzativa e gestionale piuttosto che complessità clinica
- * Scarsa compliance
- * Difficoltà nel gestirsi

**Il nostro
CARE MANAGEMENT**

**Il nostro
CARE MANAGEMENT**

Lo strumento: Il Piano Assistenziale Individuale

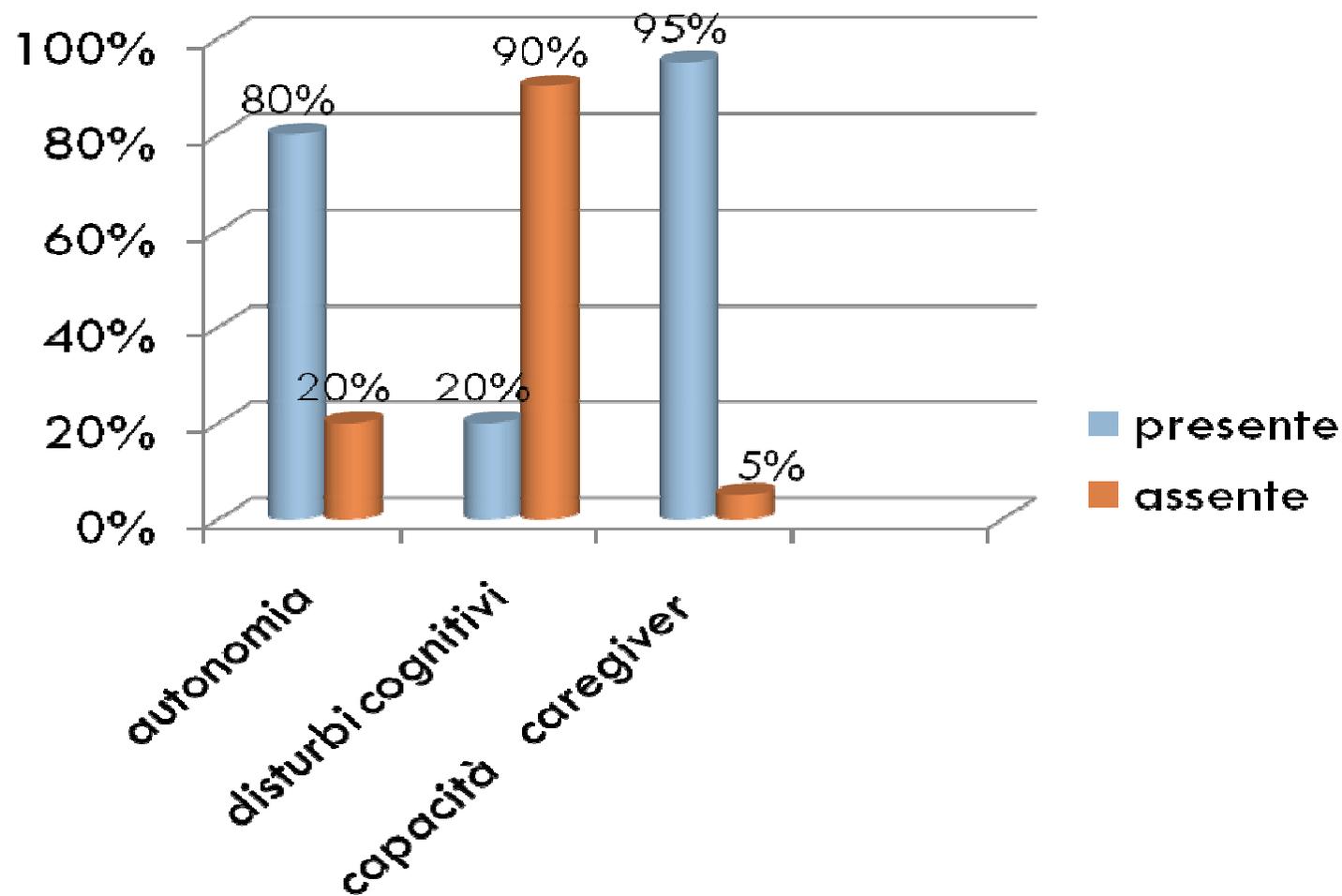
* Un piano di assistenza che tiene conto delle evidenze scientifiche e riflette gli obiettivi e le intenzioni di **paziente, care giver, MMG e Infermiere**

* Riassunto conciso e sempre aggiornato della situazione del paziente attraverso:

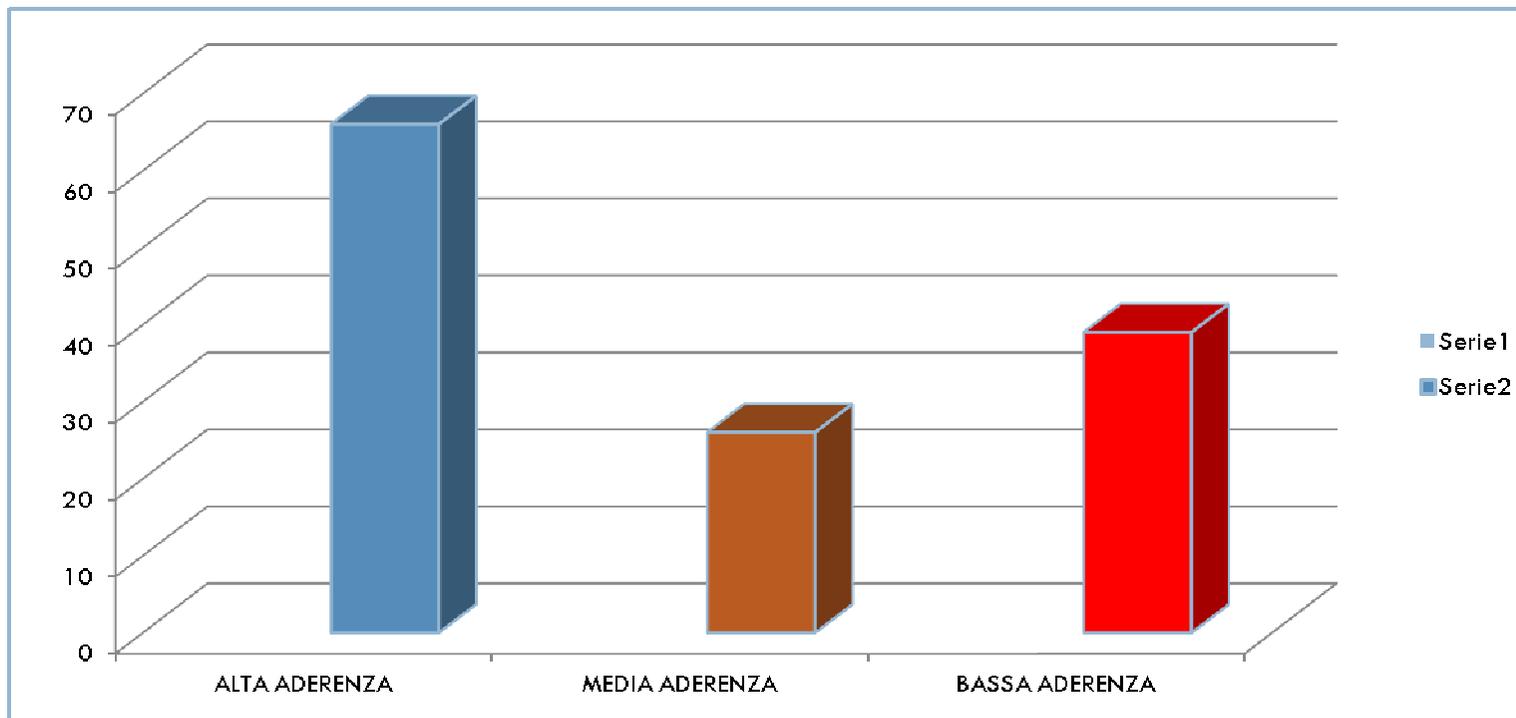
- Raccolta dati e individuazione delle aree problematiche
- Negoziazione obiettivi
- Definizione degli obiettivi
- Pianificazione degli interventi
- Monitoraggio continuo
- Valutazione dell'esito

Scale misurazione:

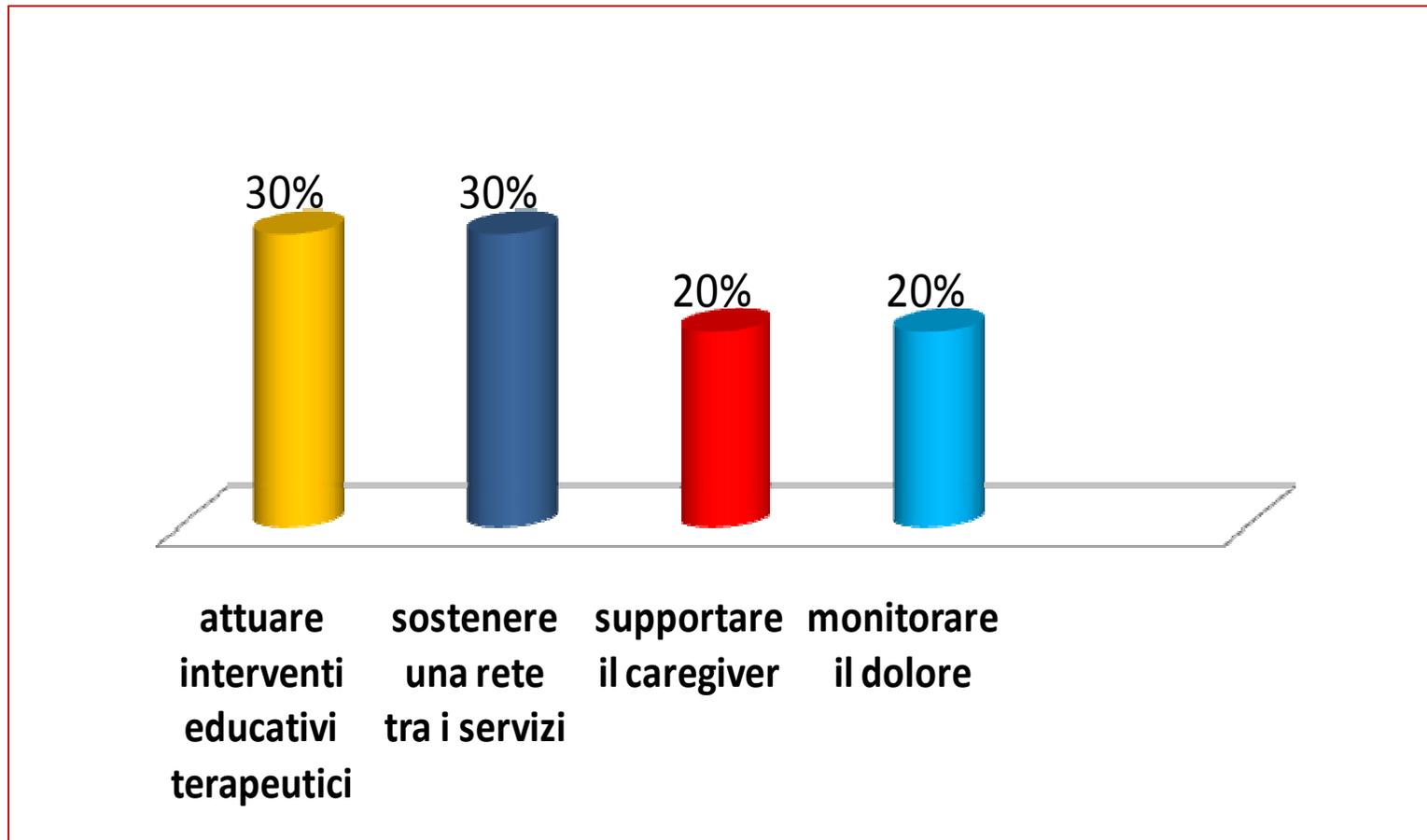
- * Autonomia (Barthel);
- * Disturbi cognitivi (SPMSQ);
- * Capacità care-giver come da PAI.....



Scala di Morisky (aderenza terapeutica)



Bisogni assistenziali rilevati



RIVALUTAZIONE PAI

BISOGNI

1. Disidratazione
2. Rilevazione LDD
3. Medicazioni (impianto cuore artificiale)
4. Dispnea
5. Necessità di monitorare il TAO
6. Pz cardiopatico non inserito in nessun percorso
7. Pz con BPCO non inserito in nessun percorso
8. Carico assistenziale alto per la famiglia
9. Necessità di supporto nelle attività quotidiane
10. Gestione O2 terapia inadeguata
11. Pz con disfagia
12. Pz che non beneficiava di esenzione ticket

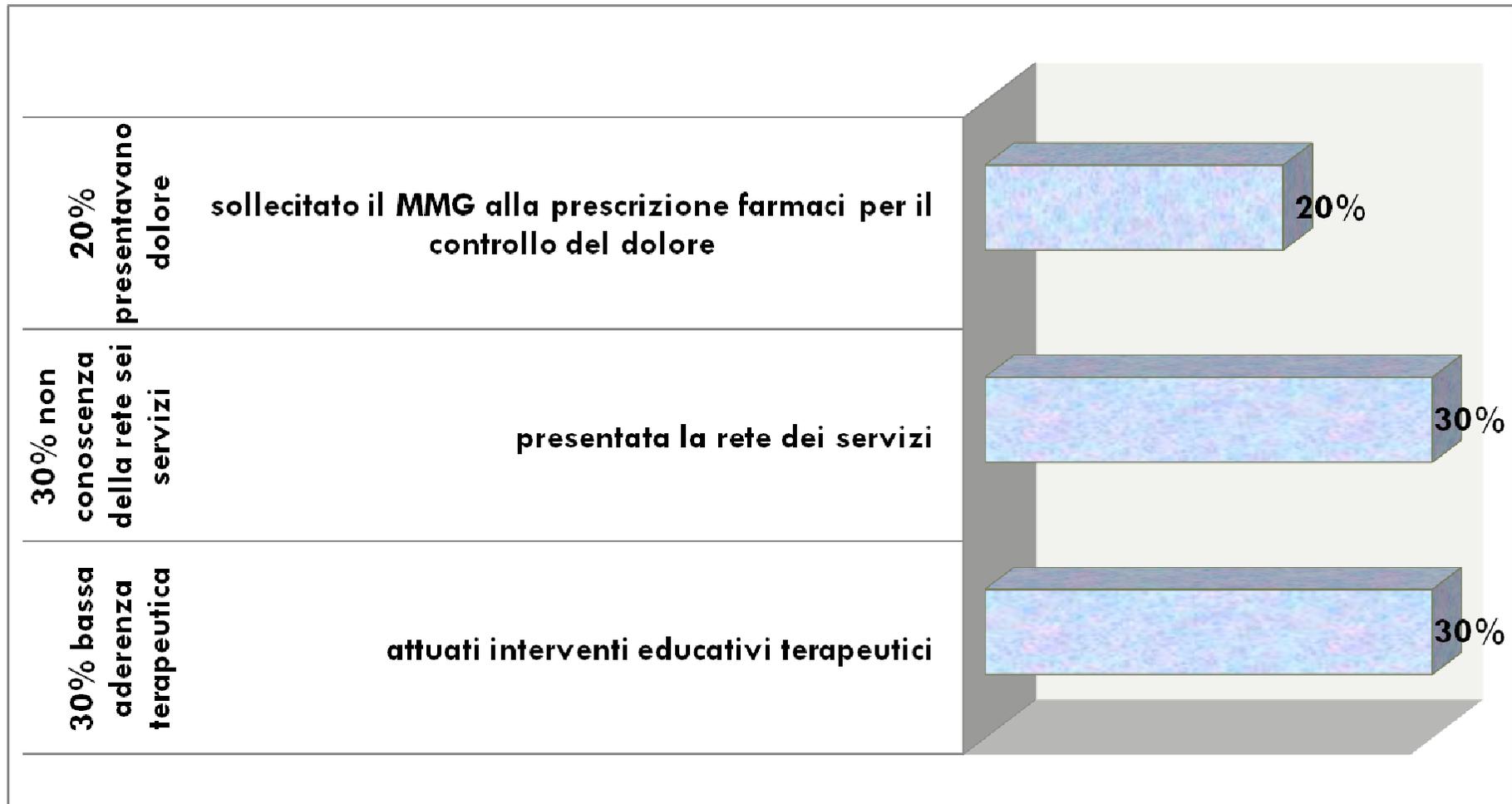
AZIONI

1. Attivazione CDI
2. Modifica PAI in CDI
3. Attivazione CDI
4. Visita e Prescrizione CPAP
5. Attivazione infermieristica distrettuale
6. Inserimento percorso PDTA scompenso
7. Inserimento percorso PDTA BPCO
8. Inserimento tramite PUA al centro diurno
9. Segnalazione servizi sociali
10. Inserimento PDTA BPCO
11. Contatto MMG e neurologo
12. Aiuto a istruire la pratica di esenzione

OBIETTIVI RAGGIUNTI

1. Attivazione CDI
2. Modifica PAI in CDI
3. Attivato percorso dedicato con medicina specialistica
4. Migliorato appropriatezza prescrittiva
5. Attivazione infermieristica distrettuale
6. Inserimento percorso PDTA
7. Modifica del setting assistenziale
8. Inserimento tramite PUA al centro diurno
9. Segnalazione servizi sociali
10. Migliorato contatto tra MMG e Specialisti ambulatoriali
11. Facilitato l'accesso ai servizi amministrativi :
esenzione, protesica

Criticità e interventi



AZIONI DI IMPLEMENTAZIONE DEL MODELLO

1

- * Strutturare il team interdisciplinare
- * Migliorare l' interazione con gli MMG e gli specialisti
- * Lavorare in team nei PDTA dello scompenso e della BPCO e del diabete
- * Lavorare per migliorare sugli stili di vita

2

- * Attivare una piattaforma informatica dedicata
- * Fornire brochure informative (in progress)
- * Sistematizzare la Formazione

Il care management sperimentato

